

DETERMINATION OF FORMS OF THE GALLBLADDER AT PEOPLE OF DIFFERENT AGE

YU.A. SHEHOVTSOVA

Krasnoyarsk State Medical University after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

The article considers the forms of fetuses and mature age II period adults' gallbladder according to the algorithm of gallbladder form definition.

Key words: gallbladder, form of the gallbladder, determination of the form of the gallbladder.

УДК 616.711

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ШЕЙНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ГАНЬ ЦЗЮНДА, А.А. МИХАЙЛОВА, А.А. ПОСПЕЛОВА,
Н.П. ФИРСОВА*

В настоящей работе представлены данные динамического наблюдения за 2 группами больных, страдающими дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадий, сочетающейся с остеохондрозом шейного отдела позвоночника. В 1 группе больных применялась рефлексотерапия и психофармакотерапия, во 2 группе психофармакотерапия и сосудистая терапия. Изучена эффективность лечения по данным клинических наблюдений, клинко-функциональным исследованиям, электрофизиологическим и результатам МакГилловского болевого опросника. Полученные данные свидетельствуют о том, что применение комбинированной нелекарственной терапии в сочетании с психофармакотерпией позволяет вызвать длительную ремиссию заболевания, быстрое регрессирование болевого, ангиодистонических и рефлекторно-компрессионных синдромов.

Ключевые слова: рефлексотерапия, дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая боль, артериальное давление.

Современные лекарственные препараты и восстановительные методы лечения (рефлексотерапия, массаж, мануальная терапия, ЛФК) имеют огромный потенциал для лечения заболеваний костно-мышечной системы и дисциркуляторной энцефалопатии. Основным недостатком лекарственной терапии является большое количество побочных реакций на аллопатические препараты, а также наличие противопоказаний и недостаточно высокую эффективность воздействия. Кроме того, в последние десятилетия возросло внимание исследователей и практикующих врачей к лечению микстзаболеваний.

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – хроническое прогрессирующее заболевание, наиболее часто развивающееся у больных с гипертонической болезнью и/или атеросклерозом магистральных артерий головы. В качестве предстadium ДЭ могут выступать: *первичные нарушения мозгового кровообращения (ПНМК)*, клиническая картина которых схожа с начальными стадиями ДЭ и имеющая в основе как этиопатогенетический фактор чаще всего вегето-сосудистую дистонию с нарушением гемодинамики, *синдром позвоночной артерии (СПА)* или вертебробазилярную недостаточность, которая может за счет первоначального снижения кровоснабжения в задних отделах в стволе головного мозга приводить при прогрессировании заболевания к нарушению процесса ауторегуляции тонуса мозговых сосудов, а далее опосредованно процесс может принимать из функционального органический характер с формированием хронической ишемии всего головного мозга.

Цель исследования – выявление эффективности лечения шейного остеохондроза шейного отдела позвоночника в сочетании с ДЭ с помощью *рефлексотерапии (РТ)* в комплексе с психофармакотерапией и сосудистой терапией и проведение сравнительного анализа с результатами аллопатического лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 70 человек с ДЭ, сочетающейся с шейным остеохондрозом, из них 24 мужчины в возрасте 60-75 лет (67,7±1,8 года) и 46 женщин в возрасте от 65-74 лет (70,9±0,9 года) с ведущим симптомом – боль в шейном отделе позвоночника, протекающая на фоне ДЭ. Длительность заболевания была от 1,5 до 3 лет (в среднем, 1,8±0,7 года). Основными жалобами больных помимо вертеброгенных болей выступали головные боли, преимущественно лобно-затылочной локализации,

головокружения как несистемного, так и системного характера, сопровождавшиеся тошнотой, неустойчивостью при ходьбе, снижение памяти, рассеянность, снижение работоспособности. В неврологическом статусе выявлялась негрубая очаговая симптоматика (положительные рефлексы орального автоматизма, небольшая анизорефлексия, оживление или подавление сухожильных рефлексов, положительная проба Ромберга, миофасциальный синдром). При проведении МРТ у больных были выявлены изменения, характерные для дисциркуляторной энцефалопатии. Проведение УЗДГ МАГ показывало снижение кровотока по артериям, венозные дисциркуляции. На реоэнцефалограммах отмечалось снижение пульсового кровенаполнения артерий, гипертонус артерий мелкого и среднего калибра, вертеброгенное воздействие на позвоночные артерии различной степени выраженности.

Больные были разделены на две исследовательские группы, которые сравнивались между собой по методике и эффективности. Больные первой группы прошли курс РТ в сочетании с сосудистой, седативной и антидепрессантной терапией, которые, кроме того, занимались ЛФК; второй группы – курс психофармакотерапии, сосудистой терапии и ЛФК.

Для лечения пациентов 1 группы использовался классический метод иглокалывания (корпорально-аурикулярная РТ и скальпотерапия). Лечение проводилось курсами по 10-15 процедур с перерывами между курсами от 3 недель до 1,5; 3, 6, 12, 18 месяцев, с последующим лечением из 6-8-10 процедур.

Большое внимание уделялось купированию явлений гипертонии. Применялись следующие корпоральные точки – GI-14, 15, IG-9, 10, 11, 12, TR-8, 10, 12, 14, 15 и аурикулярные точки (АТ)-37, 38, 39, 40, 112, 29, 112. В аурикулярные точки вводились микроиглы на 3-5 дней. Рефлекторное воздействие на аурикулярные рефлексогенные зоны способствовало восстановлению механизмов контроля кровообращения в сосудодвигательном центре и, вследствие этого, – снижению цифр *артериального давления (АД)*.

Использовались корпоральные точки шейно-воротниковой зоны, осуществлялось попеременное воздействие на «сегментарные» точки, расположенные в воротниковой зоне, наружной и внутренней поверхности плеча, предплечья (MC 5, 6, 7, C 3, 7, GI 14, 15) и в межлопаточной области (VB11-16, 20, 21, 43-45, T14, VB 21, IG 9, 10, 11, 12, 14, 15, 13, TR 8, 10, 12, 14, 15, 16), соответственно сегменту C3 – C8. Выбор данных точек обусловлен расположением их в зоне сегментарной иннервации сердца (C3-5, C8, Th 1-3), плечевого пояса для воздействия на симпатический отдел нервной системы. В зависимости от клинической картины по показаниям использовались и другие точки: находящиеся в области плечевого сустава – Gi 15, Ig 10, Tr14.

У пациентов при неврологическом осмотре пальпировались болезненные точки в зонах VB, V, Tr, Ig, Gi, E, T, соответствующие соматотопической проекции боли. На стороне боли чаще применялся тормозной метод по поводу рефлекторно-тонического синдрома.

Сеансы скальпотерапии проводились через каждые 2-3 сеанса корпорально-аурикулярной РТ, во время которых производилось воздействие длинной иглой на зоны скальпа (кохлеовестибулярную, равновесия) с последующей стимуляцией каждые 5-10 минут. За счет близости данных зон к головному мозгу происходило их более мощное воздействие на интегративные процессы ВНС.

Во 2 группе применялись лечебная физкультура, аллопатические препараты (ноотропные, сосудистые препараты, бета-блокаторы, тиазидные диуретики, ингибиторы АПФ, нестероидные противовоспалительные препараты) – 24 человека (10 мужчинам и 14 женщинам). Больным 2 группы акупунктура не применялась.

Сроки лечения пациентов на этапе амбулаторного лечения составили от 12 до 18 дней (в среднем 15,2±0,4 дня). До лечения и после него проводились следующие методы обследования: ЭКГ, РЭГ, триплексное сканирование ветвей дуги аорты, рентгенография шейного отдела позвоночника, плечевого сустава, неврологический осмотр, контроль АД.

Результаты и их обсуждение. На неврологическом приеме пациенты с хронической болью составляют до 52%. У наших пациентов хроническая боль держалась от 0,5 до 3 лет. Клиническая картина заболевания на момент начала исследования у всех больных была однотипной и складывалась из головной боли в области затылка и лба, в шейно-плечевой области, рефлекторно-мышечного синдрома в шейно-плечевой зоне, явлений гипотонии

* ФППО ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России. Москва, ул. Моховая, 11, стр. 4

трапециевидной, надостной, двуглавой мышц, снижения силы в кисти до 3 баллов, рефлекторных и вегетативных расстройств. После проведенного лечения частота позитивных и негативных симптомов распределилась следующим образом: в 1 группе редукция клинических симптомов происходила к 5-6 дню лечения, во 2 группе – медленнее, к 8-9 дню.

На рентгенограммах плечевого сустава и позвоночника у всех больных выявлялись характерные изменения для остеохондроза шейного отдела (склероз замыкательных пластинок С-4, С-6; выпрямление физиологического лордоза, снижение высоты межпозвонковых дисков в зоне С-4, С-6), легкие или умеренные проявления деформирующего артроза. На РЭГ отмечался гипертонус артерий мелкого и среднего калибра, нарушение венозного оттока. После лечения средние показатели РЭГ у большинства больных 1 группы выявили достоверное повышение *реографического индекса* (РИ) на 119%, а во 2 группе – на 115%, что свидетельствует о понижении тонуса артерий головного мозга и увеличении его пульсового кровенаполнения. Увеличение соотношения амплитуды систолической волны к диастолической на 120% в 1 группе и на 119% во 2 – косвенно подтверждает улучшение венозного кровотока по церебральным венам вследствие снижения их тонуса. На триплексном сканировании ветвей дуги аорты определялось уменьшение скорости кровотока по затылочным (вертебральным) артериям, в основном, за счет извитости, гипоплазии, усиления коллатерального кровотока, особенно задним мозговым артериям (снижение скорости кровотока по задним мозговым артериям, достигавшего 16,6% по правой ($p < 0,0005$) и 18,3% по левой задней мозговой артерии ($p < 0,0001$). После лечения у большинства пациентов наблюдалось повышение кровотока по позвоночной и задней мозговой артериям, который проявлялся достоверным увеличением общего ранга вазодилатации.

У 64,5% больных 1 и 2 групп на ЭКГ зарегистрированы незначительные метаболические изменения в области миокарда, а также гипертрофические изменения левого желудочка. При сравнительном ЭКГ после лечения в обеих группах не было отмечено значительной динамики, исследование глазного дна указывало на уменьшение спазматических явлений артерий. До лечения в 2 группах выявлено: САД=165,4±1,4 мм.рт.ст., ДАД=86,7±1,8 мм.рт.ст. После лечения в 1 группе снижение среднесуточного АД было более выраженным и приблизилось к нормальным цифрам: САД=127,3±0,9; ДАД=84,8±1,3, причем показатели нормализовались, начиная с 5 сеансов терапии. Во 2 группе цифры уменьшились – САД=123,8±1,3; ДАД=72,7±1,9, редукция АД и клинический симптоматика начиналась с 8 дня после начатого лечения.

Для подробной характеристики болевого синдрома использовали МакГилловский болевой опросник, разделенных на 20 субшкал, отражающих сенсорный, аффективный и эволютивный компонент боли. Для удобства анализа болевого синдрома исследуемые были разделены по величине максимальных значений полученного показателя: отсутствие болевых ощущений, слабая, умеренная и выраженная боль. Статистическая обработка результатов производилась на IBM PC-совместимом компьютере с помощью ПО StatSoft Statistica 7.0 с использованием параметрических и непараметрических методов. При проведении первичного осмотра пациентов, не испытывающих боль, не было. Выраженную боль испытывали 27,4% больных, умеренно интенсивные болевые ощущения отмечались у 43,1% и слабая окраска боли выявлена у 29,5% пациентов в начале лечения. Вместе с тем к концу лечения в 1 группе сформировалась новая подгруппа с полным отсутствием болевого синдрома (16,3% случаев); подгруппа, включающая в себя больных с «легкой болью», увеличилась на 78% и исчезла группа с интенсивной характеристикой боли. Во 2 группе формирования новой подгруппы не произошло, однако пациенты с легким по интенсивности болевым синдромом увеличили подгруппу до 68,0%, а группа с умеренно интенсивной болью уменьшилась еще на 25%.

Таким образом, у всех обследованных больных в 1 группе отмечено снижение интенсивности болевого синдрома на 88,6% ($p < 0,05$). При этом аналогичный анализ, проведенный во 2 группе, показал уменьшение данного показателя только у 62,7% больных. Резюмируя данные болевого опросника до лечения в 1 группе, можно с достоверностью заключить, что средний балл до лечения был – 27,1, а после лечения – 11,4, что соотносилось с положительной клинической динамикой. Во 2 группе до лечения – 27,1, после лечения – 16,9 (рис. 1).

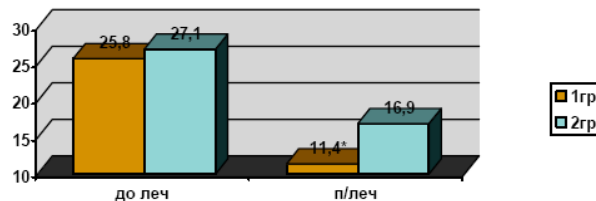


Рис. 1. Динамика индекса числа выбранных дескрипторов у больных с шейно-плечевым синдромом и ДЭ I-II степени (по МакГиллу) (* – $p \leq 0,05$)

При лечении и реабилитации больного вертеброневрологического профиля лечебная физкультура решает основные задачи: устранение болевого синдрома и восстановление физической активности. Это связано прежде всего с тем, что физические упражнения способствуют не только укреплению мышц и улучшению крово- и лимфообращения, но и выработке компенсаторных приспособительных механизмов, направленных на восстановление нарушенного заболеванием физиологического равновесия в позвоночно – двигательном сегменте.

Таким образом, при применении РТ у больных 1 группы отмечалась значительная положительная динамика, которая выражалась в стабилизации АД и значительном уменьшении болевого синдрома. В результате проведенного лечения в 1 группе значительное улучшение наступило у 76,9% больных, улучшение – у 23,1%, во 2 группе – значительное улучшение – у 51,3% больных, улучшение – у 35,2%, у 13,5% больных 2 группы, не получавших РТ, положительного эффекта не получено.

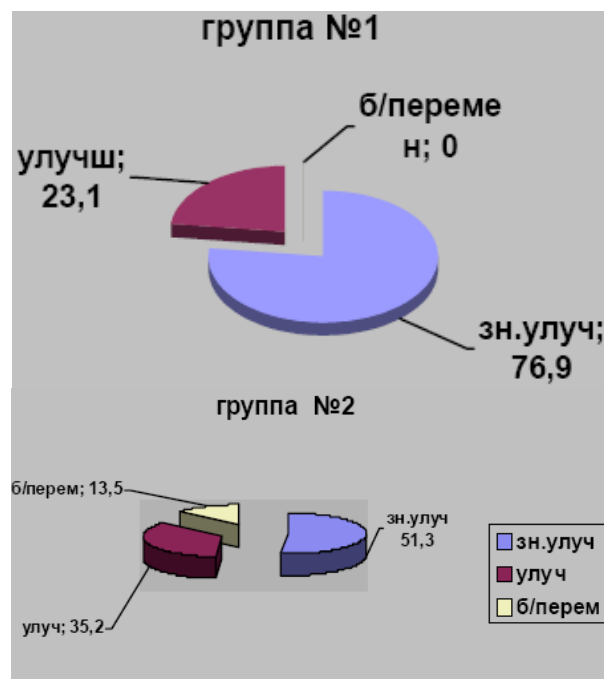


Рис. 2. Результаты комплексного лечения в двух группах больных в % соотношении (1, 2)

В процессе реабилитационного лечения больных 2 группы проводилась коррекция лекарственной терапии, в том числе в сторону ее уменьшения или отмены.

При катанестическом обследовании через год обнаружено, что все нарушения у больных обеих групп носили менее выраженный характер. В 1 группе наблюдались более стойкие и длительные результаты – от 6 месяцев до 1,5 лет больные не обращались за лечением. У больных 2 группы результаты лечения оказались менее стойкими, им требовалась дополнительная поддерживающая лекарственная терапия.

Это подтверждает эффективность проводимой терапии и обуславливает необходимость комплексной коррекции шейно-плечевого синдрома, сочетающегося с ДЭ.

Выводы:

1. Данный метод лечения можно рассматривать как эффективное антиноцицептивное, стрессопротекторное, сосудорегули-

рующее, вегетотропное, миокорректирующее и психокорректирующее влияние на состояние вегетативной и центральной системы в целом.

2. При выраженном болевом синдроме к методу рефлексотерапии при воздействии на шейно-воротниковую зону и на рефлексогенную зону ушной раковины, необходимо подключать криопунктуру.

3. При имеющихся противопоказаниях к традиционным методам лечения рекомендовано назначение лекарственной терапии, в том числе, и психофармакотерапии. Однако надо учитывать возможные осложнения от приема лекарств, как в отдаленном, так и в раннем периоде их приема. Следует подбирать дозы лекарственных средств в зависимости от степени повышения артериального давления, длительности шейно-плечевого синдрома, а также от выраженности психоэмоциональных отклонений.

4. Учитывая выраженный гипотензивный, противоболевой и противовоспалительный эффект рефлексотерапии на артериальную гипертонию, ассоциированную с шейно-плечевым синдромом, корректирующее влияние на состояние психоэмоциональной сферы в адаптационном процессе в целом, нелекарственный метод лечения может быть рекомендован применительно для предупреждения артериальной гипертонии и факторов развития риска сосудистых осложнений и нейроциркуляторных явлений верхнего плечевого пояса.

5. При несложных формах шейно-плечевого синдрома и артериальной гипертонии рефлексотерапия может применяться как самостоятельный метод для лечения больных с такой ассоциированной патологией.

6. Повторные курсы лечения рефлексотерапии, как при острым, так и при хроническом течении коморбидных заболеваний, необходимо проводить через 3 недели, через 1,5 месяца и через 6 месяцев от начала 1 курса лечения для достижения длительного стойкого эффекта лечения и коррекции возможных клинико-патологических, психоэмоциональных нарушений, сокращения сроков временной нетрудоспособности и предотвращения возможных лекарственных осложнений.

7. РТ в более легких стадиях ШПС и дисциркуляторной энцефалопатии может применяться как самостоятельный метод лечения совместно с ЛФК.

Литература

1. Астапенко, М.Г. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата / М.Г. Астапенко, П.С. Эрялис. – М.: Медицина, 1975. – 150 с.
2. Беленков, Ю.Н. Первое российское национальное многоцентровое исследование – РОСА. / Ю.Н. Беленков, И.Е. Чазов // Артериальная гипертензия. – 2003. – Том 9. – №5. – С. 151–154.
3. Воробьева, О.В. Роль депрессии в хронизации дорсалгии: подходы к терапевтической коррекции / О.В. Воробьева, Е.С. Акарачкова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – №8. – С. 46–50.
4. Калинин, П.П. Пограничные нервно-психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (особенности клиники, диагностики и лечения): Дис...докт.мед.наук / П.П. Калинин. – Санкт-Петербург. – 2009.
5. Левин, О.С. «Дисциркуляторная энцефалопатия: современные подходы к диагностике и лечению» / О.С. Левин // Медицинский вестник. – № 32 (417). – 2007.
6. Сител, А.В. «Диагностика и лечение больных с сосудистыми синдромами шейного остеохондроза» / А.В. Сител, А.И. Федин, Е.В. Тетерина // Журнал неврологии и психиатрии им. И.М. Корсакова. – 1990. – Т.90 (5). – С. 39–42.

REHABILITATION METHODS IN COMPLEX TREATING PATIENTS WITH HYPERTENSION ASSOCIATED WITH CERVICAL DEPARTMENT OF SPINE

GAN DZYUNDA, A.A. MIKHAILOVA, A.A. POSPELOVA, N.P. FIRSOVA

1st Moscow Medical University after I.M. Sechenov,
Chair of Non-Drug Methods of Treatment and Clinical Physiology

The article presents the data of dynamic observation of two patients' groups with chronic cerebral circulator insufficiency, associated with cervical pain. The patients of the first group were treated by reflexotherapy and psycho-pharmacotherapy; the patients of the second group - by psycho-pharmacotherapy and vascular therapy. The

efficiency of treating those diseases is studied according to the data of clinical supervision, clinical and functional research and the results of McGill's pain questionnaire. The obtained data are the evidence of the fact that applying combined therapy of non-drug therapy and psychopharmacotherapy provides long-term remission and quick regress of pain, angiodystonic and diseases in earlier terms, regressive painful and reflex compressive syndromes.

Key words: reflexotherapy, discirculatory encephalopathy, chronic pain, arterial pressure.

УДК 681.3

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.Я. ГАФАНОВИЧ, М.В. ФРОЛОВ*

В работе приведены результаты анализа эффективности лечения больных артериальной гипертензией с использованием системы интеллектуальной поддержки принятия решений в условиях дневного стационара многопрофильного диагностического центра, представлены результаты ситуационного моделирования.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, моделирование, анализ.

С использованием разработанных алгоритмов и моделей интеллектуальной поддержки врача [1,2] осуществлен выбор лечебных мероприятий в условиях использования стационарзамещающих технологий в многопрофильном диагностическом центре для 42 больных артериальной гипертензией в возрасте от 37 до 68 лет, среди которых было 16 мужчин и 26 женщин. При этом регистрировалось изменение уровня артериального давления на 2, 7 и 12 день лечения. Значения уровня систолического, диастолического и среднего АД в основной (лечение с использованием разработанной информационной системы) и контрольной (традиционное лечение) группах представлены в табл.1.

Таблица 1

Значения уровня АД в основной и контрольной группах больных

Показатель	при поступлении		2-й день		7-й день		12-й день	
	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.	осн.	контр.
АДС	166,1	165,8	154,9	159,3	141,5	147,6	134,7	135,9
АДД	96,9	96,3	89,7	92,8	80,2	85,1	75,9	77,8
АДСр	120,0	119,5	110,2	114,6	99,8	105,2	96,0	97,2

Как видно из представленных данных, несмотря на примерно одинаковый начальный уровень АД в сравниваемых группах, в основной группе отмечено более резкое снижение уровня АД, что благоприятно сказывается на состоянии здоровья больных и говорит об эффективности предложенного подхода к выбору лечебных мероприятий.

Для численной оценки эффективности лечения с учетом динамики изменения контролируемых показателей использован критерий E , основанный на предположении, что важность изменения уровня АД изменяется по экспоненциальному закону, начиная с первого дня наблюдения:

$$E = (AD_0 - AD_2) \cdot k_1 + (AD_2 - AD_7) \cdot k_2 + (AD_7 - AD_{12}) \cdot k_3,$$

где AD_0 , AD_2 , AD_7 , AD_{12} – уровень АД (АДС, АДД, АДСр) соответственно, при поступлении, на 2, 7 и 12 день лечения;

k_1 , k_2 , k_3 – коэффициенты, характеризующие важность изменения показателей между соответствующими измерениями.

Коэффициенты k_i ($i = \overline{1,3}$) рассчитываются исходя из предположения, что важность улучшения показателей снижается со временем по экспоненциальному закону (e^{-t_i}), причем на 12 день лечения она составляет Δ процентов от первоначальной: $k_i = e^{-\frac{\Delta}{100} \cdot t_i}$,

$$i = \overline{1,3}, \text{ где } a = -\frac{\ln \frac{\Delta}{100}}{12}, t_i = \frac{t_i + t_{i+1}}{2}, t_1 = 0, t_2 = 2, t_3 = 7, t_4 = 12.$$

Значение Δ задается экспертом, в нашем случае $\Delta = 10$. Результаты расчетов представлены в табл. 2, из которой видно, что эффективность лечения больных с АГ выше при использовании

* Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 410012, Саратов, ГСП, ул. Большая Казачья, 112.
Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, 394036, Воронеж, ул. Студенческая, 10